

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Пропедевтика клинической неврологии. Произвольные движения и их нарушения. Общая чувствительность и ее нарушения.

Цель: закрепить знания по пропедевтике клинической неврологии, топографической анатомии, принципах организации произвольных движений и их нарушениям, особенностям функции чувствительности. Усвоить основные принципы исследования функции движения – произвольных движений, нарушений чувствительности.

Выработка врачом общей практики умения формулировать топический диагноз: выявлять клинико-неврологические синдромы, определять локализацию патологического очага (очагов), оценивать характер патологического процесса (сосудистый, нейродегенеративный, воспалительный, травматический, опухолевый); составлять последовательный план диагностики при синдромах поражения нервной системы.

Параличи и парезы. Методика исследования функции движения – произвольных движений, чувствительности. Симптомы центрального и периферического пареза. Патологические рефлексы и методика их исследования. Патогенез и клинические проявления поражения пирамидной системы, поверхностной (болевой и температурной чувствительности, мышечно-суставного чувства и вибрационной чувствительности). Изучить клинические проявления патологии проводников, обеспечивающих функцию чувствительности.

Задачи: рассмотреть ход проводников пирамидной системы, проводников болевой и температурной чувствительности. Изучить синдромы поражения пирамидной системы, патологии чувствительности. Освоить методики оценки патологических и глубоких рефлексов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, осмотр пациента центральным периферическим параличом. Патология чувствительности: проводниковый тип, сегментарный, невралгический. Методика оценки болевой и температурной чувствительности, мышечно-суставного чувства, вибрационной чувствительности.

Иметь представление о симптомах центрального и периферического пареза (паралича), глубоких и патологических рефлексах. Нарушениях чувствительности (боли, гипестезии, анестезии, сегментарных, проводниковых нарушениях чувствительности).

Ординатор должен знать:

1. Знать особенности жалоб и анамнеза при исследовании функции нервной системы: при патологии произвольных движений, чувствительности.
2. Знать симптомы поражения центрального и периферического двигательного нейрона, поражения проводников чувствительности на разных уровнях.
3. Знать основные симптомы поражения прецентральной и постцентральной извилины, лучистого венца, внутренней капсулы боковых канатиков спинного мозга, переднего и заднего корешков спинного мозга, периферических нервов (двигательные и чувствительные проводники). Патогенез возникновения выявленных синдромов.
4. Этиологию и патогенез возникновения нарушения произвольных движений, чувствительности.
5. Этапы диагностического поиска,
6. Классификацию,
7. Осложнения,
8. Особенности терапии цереброваскулярных заболеваний, травматических повреждений, воспалительных заболеваний и нейродегенеративных, как основных

патогенетических механизмов возникновения патологии произвольных движений и чувствительности.

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного с патологией произвольных движений и чувствительности, формулировать план диагностики и лечения при острой и хронической патологии нервной системы, диагностировать различные патологические состояния связанные с патологией нервной системы, степени тяжести нарушения пирамидной системы, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований при патологии нервной системы, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ, оказывать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях, назначать этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при выявлении патологии нервной системы, формулировки топического диагноза, оценке степени тяжести, прогноза, осложнений при различных заболеваниях, оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований нервной системы, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях при острой неврологической патологии, назначения этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 6 часа

Самостоятельная работа – 4 часа

Всего – 10 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов центральным и периферическим параличом (парезом).
4. Глубокие рефлексy. Патологические рефлексy, методики исследования.
5. Симптомы периферического и центрального паралича.
6. Интерпретация данных нейровизуализации (Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография).
7. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при поражении центрального и периферического двигательного нейрона, при патологии чувствительности.
8. Разбор историй болезней пациентов с центральным и периферическим параличом (ОНМК) в ведении которых допущены типичные ошибки.
9. Ролевые игры: маршрут пациента с инсультом от кабинета доврачебного осмотра и далее - врач общей практики. Врач приемного покоя и отделение неврологии.
10. Отработка практических навыков: обследование пациентов с неврологической патологией: сбор анамнеза, клиническо-неврологическое обследование, формулировка топического диагноза, оценка характера патологического процесса.

Хронокарта клинического практического занятия	270 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости,	10 мин

результат проверки рефератов	
Тестирование	20 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	50 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	150 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	20 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	20 мин

Перечень вопросов для собеседования

1. Общие вопросы неврологии
2. Гистологические и функциональные особенности нейронов
3. Произвольные движения, центральный и периферический парез
4. Понятие о чувствительности. Ход проводников болевой, температурной, мышечно-суставной и вибрационной чувствительности.

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Нейромедиаторные процессы в нервной системе.
2. Патологические рефлексы, их клиническое значение.
3. Патология чувствительности – принципы назначения противоболовых препаратов.
4. Виды боли и способы лечения ноцицептивной и невропатической боли.
5. Антиневралгические препараты.
6. Двигательные нарушения, которые возникают при поражении пирамидной системы на разных уровнях.

Основные темы докладов:

1. Симптомы, которые возникают при поражении центрального двигательного нейрона на разных уровнях.
2. Механизм действия нестероидных противовоспалительных препаратов.

Фонд оценочных средств:

Тесты

1) Центральные двигательные нейроны располагаются в:

- а) затылочной доле
- б) височной доле
- в) прецентральной извилине
- г) заднем роге спинного мозга

2) Центральные чувствительные нейроны находятся

- а) в постцентральной извилине
- б) в прецентральной извилине
- в) в мозжечке
- г) в переднем спинномозговом корешке

3) Периферический двигательный нейрон расположен:

- а) в височной доле
- б) в переднем роге спинного мозга
- в) в мозжечке
- г) в затылочной доле

4) К патологическим рефлексам относятся:

- а) Рефлекс Бабинского
- б) карпорадиальный рефлекс
- в) ахиллов рефлекс
- г) коленный рефлекс

5) Рецепторы обеспечивают:

- а) проведение нервного импульса
- б) преобразование различных раздражителей в нервный импульс
- в) конечную обработку афферентной импульсации
- г) возникновение ощущений

6) Дендрит первого чувствительного нейрона для болевой и температурной чувствительности, расположенного в спинальном ганглии обеспечивает иннервацию соответствующего:

- а) миотома
- б) склеротома
- в) дистального участка руки или ноги
- г) дерматома

7) Тело второго нейрона для болевой и температурной чувствительности расположено в:

- а) таламусе
- б) прецентральной извилине
- в) Гассеровом узле
- г) основании заднего рога спинного мозга

8) Закон эксцентрического расположения более длинных проводников чувствительности в спинном мозге указывает на:

- а) соматотопическое представление областей иннервации туловища и конечностей в постцентральной извилине
- б) более наружное расположение проводников болевой и температурной чувствительности от нижних конечностей в боковом канатике спинного мозга
- в) соматотопическое представление областей иннервации туловища и конечностей в прецентральной извилине
- г) порядок расположения корешков спинного мозга

9) При центральном пирамидном параличе не наблюдается

- а) гипотрофии мышц
- б) повышения сухожильных рефлексов
- в) нарушения функции тазовых органов
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц

10) Восходящий тип нарушения чувствительности характерен для

- а) интрамедуллярных опухолей
- б) экстрамедуллярных опухолей
- в) опухолей полушарий
- г) повреждения спинномозговых корешков

11) Вибрационная чувствительность исследуется с помощью:

- а) грузиков различного веса
- б) камертона
- в) пробирок с холодной и теплой водой
- г) неврологического молоточка

12) Нарушение чувствительности в дистальных отделах рук и ног (по типу «перчаток и носков») возникает при:

- а) радикулите
- б) полиневропатии
- в) травме спинного мозга
- г) ишемическом инсульте

13) Повреждение полушария головного мозга на уровне внутренней капсулы характеризуется:

- а) изменением чувствительности в дистальных отделах рук и ног
- б) снижением болевой и температурной чувствительности на противоположной от локализации очага половине туловища и конечностей
- в) отсутствием нарушений чувствительности
- г) появлением симптомов натяжения

14) Повреждение полушария головного мозга на уровне внутренней капсулы характеризуется

- а) слабостью в дистальных отделах рук и ног
- б) гемиплегией на противоположной стороне туловища и в конечностях
- в) отсутствием нарушений функции движения
- г) нарушением функции тазовых органов

15) нарушение болевой и температурной чувствительности на туловище и конечностях по типу «куртки» или «полукуртки» возникает при

- а) поражении внутренней капсулы глубоких отделов полушарий
- б) нескольких сегментов спинного мозга (основание заднего рога) при сирингомиелии
- в) полиневропатии
- г) туннельной невропатии

16) корешковый тип нарушения чувствительности возникает при поражении:

- а) таламуса
- б) спинномозгового корешка
- в) внутренней капсулы больших полушарий
- г) Гассерова узла

17) Центральными двигательными нейронами пирамидной системы являются:

- а) грушевидные нейроны
- б) свободные нервные окончания
- в) гигантопирамидные клетки Беца
- г) палочки и колбочки

18) В спинном мозге пирамидные волокна расположены в:

- а) переднем канатике
- б) заднем канатике
- в) боковом канатике
- г) конском хвосте

19) Поражение пирамидной системы проявляется:

- а) нарушением координации
- б) параличами или парезами
- в) нарушениями чувствительности
- г) экстрапирамидными нарушениями

20) Миелинизация волокон пирамидной системы начинается

- а) на третьем месяце внутриутробного развития
- б) в конце первого года жизни
- в) в начале второго года жизни
- г) на последнем месяце внутриутробного развития

21) Мышечную силу при параличах или парезах можно оценить с помощью:

- а) камертона
- б) пробирки с горячей и холодной водой
- в) набора кисточек и щетинок
- г) кистевого динамометра

22) Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде

- а) неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
- б) инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
- в) телец Меркеля
- г) телец Фатера - Пачини

23) Периферические двигательные нейроны представлены:

- а) гамма мотонейронами
- б) альфа мотонейронами
- в) грушевидными нейронами
- г) дофаминэргическими нейронами

24) при поражении спинномозгового корешка возникают двигательные нарушения:

- а) по сегментарному типу
- б) по типу гемипареза или гемиплегии
- в) по типу парапареза или парплегии
- г) по типу бульбарного паралича

25) поражение внутренней капсулы проявляется:

- а) гемигипестезией и гемиплегией на стороне поражения
- б) параплегией и параанестезией
- в) сегментарным парезом и сегментарной гипестезией
- г) гемигипестезией и гемиплегией на противоположной стороне

Контрольные вопросы ПК-5

- Глубокие рефлексы. Уровни замыкания их дуг в сегментах спинного мозга. Правильно ли название сухожильные и периостальные рефлексы?
- Закон эксцентрического расположения более длинных проводников спино-таламического тракта и его топоико-диагностическое значение; соотношение сегментов спинного мозга и тел позвонков.

- Нейрон, значение его составных частей. Дуга коленного рефлекса: число нейронов, где расположен рецептор, принцип его действия.
- Центральные извилины мозга, симптомы их поражения.
- Внутренняя капсула, симптомы поражения. Клиническая картина гемиплегии.
- Бульбарный и псевдобульбарный паралич: топика поражения и синдромы.
- Симптомы поражения лицевого нерва до входа в фаллопиев канал, на разных уровнях фаллопиева канала, при выходе из шило–сосцевидного отверстия.

Ситуационные задачи

Задача 1:

ПК-5, ПК-6

Мужчина 45 лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги. Боль сохранилась в течение последующих трех дней, что послужило поводом для обращения к врачу. При опросе больной отметил, что боль усиливается при движении в поясничном отделе, кашле или чихании. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед, сгибание вправо не возможны из-за резкого усиления болей. Отмечаются слабость большого разгибателя пальцев правой стопы, болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°.

1. Определите, какие структуры чувствительного нейрона повреждены. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Клинический диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

ПК-5, ПК-6

Задача 2:

Женщина 32 лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре воздуха -5°. При обследовании выявляется асимметрия лица: слева лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечаются слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет.

1. Укажите характер повреждения двигательного нейрона.
2. Неврологические синдромы? Что такое лагофтальм, симптом Белла?
3. Локализация поражения?
4. Клинический диагноз?
5. Дополнительные обследования?
6. Лечение?

ПК-5

Задача 3. У мужчины 63 лет развилась слабость левой руки и ноги. При осмотре выявлено отсутствие активных движений в дистальных отделах левых

конечностей, повышен мышечный тонус в сгибателях левого предплечья и разгибателях левой голени, оживлены глубокие рефлексы на левой руке и ноге, вызывается симптом Россоло-Вендеровича, Бабинского и Оппенгейма слева. Какой синдром двигательных расстройств? Где располагается очаг поражения?

ПК-5

Задача 4. Больной жалуется на затруднение глотания пищи, поперхивание, попадание жидкой пищи в нос. При осмотре выявлен гнусавый оттенок голоса, дизартрия. Мягкое нёбо провисает и при фонации не поднимается с обеих сторон. Язык изо рта высунуть не может. Атрофия языка, фасцикулярные подергивания в мышцах. Какой синдром, где расположен очаг (очаги поражения).

ПК-5, ПК-6

Задача 5. У больного 12 лет, после ангины возникла головная боль, появились жестикуляции и гримасы, причудливые движения пальцами. Подергивания усиливаются при волнении и исчезают во сне. Симптом Гордона положительный. Диффузная мышечная гипотония. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз и лимфоцитоз. В биохимическом анализе крови: сиаловые кислоты ++, С-реактивный белок ++, гиперглобулинемия.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

б) дополнительная литература:

1. Никифоров А.С., Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>

Электронная

ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»

ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»